

실업보험 청구 제출 통지

이름
주소
시, 주 우편번호

우편 발송일자: 00/00/0000
수정된 우편 발송일자: 00/00/0000
신규 청구: 0000 000000000
추가 청구: 0000

필요한 조치

1. 이 청구에 필요한 사실들을 수집하세요.
2. 이 양식의 뒷면을 작성하세요.
3. 이 응답을 위의 우편 발송일자로부터 역일 기준 10일 이내에 위에 표시된 주소로 우송하세요.

역일 기준 10일 이내에 응답하지 않으면 고용 세율이 인상되고 고용주가 처벌될 수 있습니다.

귀하는 청구인이 아래에 표시된 실업보험 혜택 청구를 제출하고 귀하를 가장 최근의 고용주로 기재했기 때문에 이 통지를 받았습니다. 청구인은 다음 정보를 제공했습니다:

청구인의 이름: XXXX XXXX
청구 발효일: 00/00/0000
퇴직 이유: XXXX

사회 보장 번호: XXX-XX-0000
마지막으로 근무한 날짜: 00/00/0000

사실 보고

법에서는 귀하의 청구인의 혜택 자격에 영향을 미칠 수 있는 귀하가 소지하고 있는 사실을 제출하도록 요구합니다. 이러한 사실은 청구인의 혜택 자격을 결정하는 데 사용됩니다. 이 청구인이 다음에 해당하는 경우 고용개발국 (EDD)에 정보를 제출하세요:

- 자발적 퇴사, 해고 또는 파면된 경우.
- 현재 정규직 또는 파트타임직으로 일하고 있는 경우.
- 스포츠 또는 운동 참가자로 서비스를 수행한 경우
- 학교 직원이며 방학 후 업무 복귀에 대한 계약 또는 합당한 보장이 있는 경우.
- 파업 또는 쟁의 행위로 인해 직장을 그만 둔 경우.
- 고용을 거부한 경우.
- 미국에서 합법적으로 일한 자격이 없는 경우.
- 현재 일을 할 수 없거나, 일을 할 수 있거나, 일자리를 찾고 있는 경우.
- 현재 연금을 받고 있는 경우.

응답 시간 제한

사실을 서면으로 위의 우편 발송일자로부터 역일 기준 10일 이내에 제공된 봉투에 넣어 EDD에 제출하면 적시에 제출된 것으로 간주됩니다. 우편 발송이 늦어진 경우, 정당한 이유가 있는 경우 시간 제한이 연장될 수 있으므로 지연 이유를 설명하세요. 적시에 응답하는 경우, 귀하에게 이의제기를 할 권리를 제공하는 청구인의 자격에 관한 EDD의 결정에 대한 서면 통지를 받게 될 것입니다. 또한 퇴사 또는 해직에 관한 사실이 제출되는 경우, 귀하가 과세 대상 고용주인 경우 귀하의 적립금 계좌가 벌금 부과 대상인지 여부에 대한 결정이 내려집니다. 귀하가 적시에 응답하는 경우, EDD는 여전히 귀하가 제공한 사실을 고려할 것입니다. 그러나 EDD에서 귀하가 지연에 대한 정당한 이유가 있다고 판단하지 않는 한, 귀하는 이의제기 권리를 포함하여 EDD의 결정에 대한 서면 통지를 받지 못할 수도 있습니다. 이 10일 응답 기간 내에 합리적으로 알 수 없었던 사실을 알게된 경우, 귀하는 이러한 사실을 알게된 후 10일 이내에 EDD에 이러한 사실을 제공해야 합니다.

자격 결정 인터뷰

자격에 대한 추가 정보를 위해 전화 또는 서신으로 귀하에게 연락해야 할 수도 있습니다. 응답을 받지 못한 경우, EDD는 사용 가능한 정보를 기반으로 자격 결정을 내리도록 되어 있습니다.

고용주 요건 및 처벌 가능성

캘리포니아 실업보험법(CUIC)은 다음과 같은 고용주에 대한 처벌을 규정하고 있습니다:

- 고의로 허위 진술 또는 허위 대변 하거나, 고의로 퇴사 문제 또는 청구인의 재취업에 대한 합리적인 확신에 관한 서면 진술과 중요한 사실을 고의로 보고하지 않는 고용주(CUIC 섹션 1142).
- 혜택 지급을 획득, 증가, 감소 또는 무효화하기 위해 고의로 허위 진술을 하거나 알면서도 공개하지 않는 고용주(CUIC 섹션 2101).
- 고용개발국의 정보 요청에 제때에 또는 적절하게 응답하지 않아 혜택 과다 지급을 초래한 책임이 있는 고용주 (CUIC 섹션 803(d), 821(c), 및 1026.1).

사기 및 처벌에 대한 자세한 정보는 www.edd.ca.gov 를 방문하여 사기 및 처벌 링크를 선택하세요.

알고 계셨습니까? 국가정보데이터교환시스템(SIDES)을 사용하여 향후 퇴사 정보 요청을 전자적으로 수신하고 응답할 수 있습니다. 시작하려면, www.edd.ca.gov/SIDES에 있는SIDES 웹 페이지를 방문하세요.

귀하가 대리인 또는 제3자 관리자이고 더 이상 이 고용주를 대변하지 않는 경우 이 확인란에 표시하세요. 아래의 고용주 및 연락처 정보를 섹션을 작성하고 이 양식을EDD로 발송하세요.

사실 보고:

청구인의 (급여 기록에 있는) 사회보장번호: X X X - X X - 0 0 0 0

청구인의 직책: XXXX 임금을 \$: XXXX 지급 기준: XXXX

실제로 일한 마지막 날짜: XXXX 고용 기간: XXXX

퇴직 날짜(실제로 인한 마지막 날짜와 다른 경우): 월월/일일/년년년년

직속 상사 이름: XXXX

퇴사 이유 (하나에만 표시하세요):

자발적 퇴직 부정행위/파면 해고/일거리 부족* 쟁의 행위

누가 청구인에게 퇴사를 통보했나요?/누가 청구인을 해직했나요? XXXX

해당 개인의 직책: XXXX

*청구인이 일거리 부족으로 해고되었고 다른 자격 문제가 없는 경우 이 양식을 EDD에 제출하지 마세요.

청구인의 퇴사를 초래한 최종 사건에 대한 간략한 설명을 제공하세요.

XXXX

보상:

이 청구의 발효일 또는 그 이후에 보상을 지급했거나 지급할 예정인 경우 이 확인란에 표시하세요. 청구인이 귀사에서 무기한으로 퇴사하였고 휴가 수당만 받았거나 받게 될 경우 이 확인란에 표시하지 마세요.

확인란에 표시한 경우 다음 정보를 제공하세요:

금액 \$: 00.00 지불 유형: XXXX 지불 대상 기간 월월/일일/년년년년
부터 월월/일일/년년년년 까지

고용주 및 연락처 정보:

고용주 이름: XXXX

고용주 급여세 계좌 번호:

0	0	0	-	0	0	0	0	-	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

본인은 아래에 서명함으로써 본인이 권한을 위임받는 대리인이며 이 통지서에 대한 응답으로 제공된 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 허위 진술, 허위 대변을 하거나 중요한 사실을 보고하지 않을 경우 고용주 처벌 및 벌금이 부과될 수 있다는 것을 알고 있습니다.

이름을 정자체로 기입: XXXX 전화 번호: 000 - 000 - 0000 내선번호: 000

서명: _____ 직책: XXXX 날짜: 월월/일일/년년년년